

طلب ملحق لكتابات طعام لمقطعات طبية خاصة

لاستعمال الكاونتي فقط

CASE NAME

المشكلة الصحية أو الوضع الذي يحتاج للرعاية	نوع الاعانة التي يحصل عليها (مثلاً ضمان اجتماعي، أو محاربين قدماء أو عمال سكة حديد، الخ)	تاريخ الولادة	الاسم
		/ /	1
		/ /	
		/ /	
النفقات الطبية			
<p>أذكر المعلومات التالية فقط للأشخاص المذكورة أسماءهم أعلاه. أذكر كافة النفقات التي تتوقعها خلال مدة التصديق. ضع تقديراتك على أساس النفقات الطبية الحالية. أرفق الفواتير كإثبات للنفقات التي تحملتها عن عضو/أعضاء الأسرة المذكورين أعلاه.</p>			
(2)			
هل سيتحمل مصدر غير الأسرة مسؤولية الدفعات؟ (مثلاً, MEDI-CAL, تأمين، الخ)	إجمالي النفقات الشهرية	إجمالي النفقات الطبية	مادة النفقات الطبية
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>		a- رعاية طيبة أو صحة أسنان يقوك بها ممارس مهنة مرخص
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>		b- معالجة في مستشفى أو عيادة أو دار عجزة.
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>		c- أدوية وصفتها طبيب.
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>		d- أقساط تأمين صحي أو مستشفى.
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>		e- حصة مشاركة في تكلفة / Medi-Cal أو النفقات التي يجب صرفها قبل أن تبدأ المنافع.
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>		f- طقم أسنان، معينات سمع أو أطراف اصطناعية، اللوازم والمعدات الطبية الموصوفة من قبل طبيب.
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>		g- نفقات حيوانات خدمة (مثل كلاب توجيه، شخص مريض أو التبليه عند سماع شيء)، بما فيه تكلفة طعام هذه الحيوانات وفوائط الطبيب البيطري.
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>		h- نظارات أو عدسات لمسة لتصحيح النظر وصفتها طبيب أو أخصائي عيون.
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>		i- نفقات المواصلات والإقامة للحصول على المعالجة أو الخدمات الصحية.
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>		j- تكاليف شخص مرافق يلزم وجوده بسبب العمر أو مرض أو العجز.
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>		k- عدد وتكلفة الوجبات المقدمة للشخص المرافق.
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>		l- غير ذلك (حدد):

تحذيرات العقوبات

إذا أعطيت أنت أو أي شخص آخر في أسرتك معلومات خطأ عن قصد قد يتم تغريمك أو سجنك أو كليهما. قد تؤدي العقوبات إلى تجريد الأهلية من البرنامج وفرض غرامة أقصاها 250000 دولار والسجن حتى 20 سنة. ستكون عقوبة التجريد لمدة 12 شهراً للانتهاء الأول، ولمرة 24 شهراً للانتهاء الثاني، وبشكل دائم للانتهاء الثالث.

أشهد بإني أفهم أسلطة هذا النموذج. إني على اطلاع أيضاً (1) بأنه سيتم مقارنة الواقع التي أدللت بها وإثباتها من قبل هيئة الموظفين المحلية والتابعة للولاية والحكومة الفدرالية. (2) إني مدرك أنه قد يتطلب من الأسرة أو أي عضو بالعمر حتى إذا قام هو/هي بترك البيت، أو الضامن لعضو أسرة أجنبى أو الممثل المفوض لمقيمين في مؤسسة مؤهلة رد قيمة أي منافع إضافية لم تكن الأسرة مؤهلة للحصول عليها. حتى إذا كان ذلك بسبب خطأ الكاونتي، و (3) بأنني سأزور الكاونتي بإثبات عن أي نفقات أو اسم شخص أو مؤسسة يمكن للكاونتي الاتصال بها للحصول على الإثبات إذا لم أتمكن أنا بتزويده.

أعلن مع الخصوص لعقوبة الشهادة بالزور بموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية وولاية كاليفورنيا بأن المعلومات الواردة في بيان الواقع هذا هي حقيقة وصحيحة وكاملة.

التاريخ	توقيع (عضو الأسرة البالغ أو الممثل المفوض)		
التاريخ	توقيع الموظف الذي أجرى المقابلة	التاريخ	الشاهد، إذا وقعت بوضع علامة X

طلب لمقطعات طبية خاصة لأي كوبونات طعام يحصل عليها عضو أسرة مسن أو معوق.

عندما نقول «مسن» نعني أي شخص عمره 60 سنة أو أكبر.

عندما نقول «معوق» نعني أي شخص يحصل على:

(1) دفعات إعاقة من إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) (أو غيرها هن الإعانات بموجب برنامج الدفعات التكميلية للدخل/أو الدفعات التكميلية من قبل الولاية (SSI/SSP)) أو إدارة المحاربين القدماء (VA)، أو

(2) منافع التقاعد بسبب الإعاقة من الحكومة الفيدرالية أو الولاية أو الوكالة المحلية أو مجلس تقاعدي عمال سكة الحديد، أو

(3) خدمات Medi-Cal بسبب الإعاقة، أو

(4) المساعدة المؤقتة/أو الإعانة العامة بسبب حالة طارئة للحصول على SSI/SSP بسبب الإعاقة موافق عليها من قبل إدارة الضمان الاجتماعي.